

**An  
Landkreis Oder-Spree  
Dezernat IV / Jugendamt  
Breitscheidstr. 7, Haus B  
15848 Beeskow**

Eingangsdatum:

**Herr Schneider:** Telefonnummer 03366 / 35 1524  
Zimmernummer B 215  
**Frau Scholz:** Telefonnummer 03366 / 35 2515  
Zimmernummer B 212  
**Frau Boge:** Telefonnummer 03366 / 35 2513  
Zimmernummer B 212  
**Telefax Nummer:** **03366 / 35 2519**

**Sprechzeiten:** Dienstag und Donnerstag: 9:00 -12:00 Uhr, 13:00 – 18:00 Uhr

**Antrag zur Bedarfsfeststellung / Nachweis des  
bedingten Rechtsanspruchs auf Betreuung eines Kindes in einer  
Tageseinrichtung oder Tagespflegestelle im Landkreis Oder-Spree**

**1. Angaben zum Kind, für welches der bedingte Rechtsanspruch festgestellt  
werden soll**

Familienname:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	

**Ab wann benötigt das Kind diese Betreuung?**

Datum:

**2. Angaben der Antragsteller:**

**(Bei einem Pflegekind bitte ausgefüllte Anlage 4 beifügen!\*\*\*\*)**

bitte Zutreffendes ankreuzen:	<input type="checkbox"/> leibliche Mutter	<input type="checkbox"/> leiblicher Vater
	<input type="checkbox"/> Lebenspartnerin des Vaters	<input type="checkbox"/> Lebenspartner der Mutter
	<input type="checkbox"/> Pflegemutter	<input type="checkbox"/> Pflegevater
Name:		
Vorname:		
Geburtsdatum:		
Anschrift:		
(freiwillige Angabe) Telefon:		

**Weitere im Haushalt lebende Personen:**

<u>Name</u>	<u>Vorname</u>	<u>Geburtsdatum</u>

**3. Art des Antrages**

- Erstantrag             Folgeantrag  
 für eine Tagespflege ( 0-3 Jahre)    für eine Krippe (0-3 Jahre)  
 für eine Kita ( 3 Jahre bis Schuleintritt)  
 für den Hort (1.- 4. Schuljahrgangsstufe)    für den Hort (5.- 6. Schuljahrgangsstufe)

**Benötigter Umfang der Betreuung des Kindes pro Woche (genaue Stundenzahl)**

.....

**Wo soll das Kind betreut werden (Name und Anschrift der Einrichtung)?**

.....

.....

#### 4. Bedarfsnachweis der Antragsteller:

(Bitte Zutreffendes ankreuzen und Nachweise beifügen)

	Mutter/ Lebenspartnerin/ Pflegermutter	Vater/ Lebenspartner/ Pflegervater
<input type="checkbox"/> Aufnahme bzw. Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit		
wöchentlicher Stundenumfang einschl. Pausenzeiten		
<input type="checkbox"/> in Ausbildung / Studium Datum *		
wöchentlicher Stundenumfang einschl. Pausenzeiten		
<input type="checkbox"/> Weiterbildung Umschulung Datum **		
wöchentlicher Stundenumfang einschl. Pausenzeiten		
<input type="checkbox"/> langfristige häusliche Abwesenheit wegen Erwerbssuche ***		
<input type="checkbox"/> Wegezeit (einfache Strecke von der Kita zur Arbeits- oder Schulungsstätte)		

**Begründung für den beantragten Betreuungsumfang** (nicht notwendig bei häuslicher Abwesenheit wg. Erwerbstätigkeit oder Ausbildung, Studium, Weiterbildung und Umschulung):

ggf. Anlage verwenden

**Besonderer Erziehungsbedarf (es ist eine schriftliche Begründung erforderlich)**

**Begründung für einen besonderen Erziehungsbedarf:**

ggf. Anlage verwenden

\* siehe Hinweisblatt    \*\* siehe Hinweisblatt    \*\*\* siehe Hinweisblatt

**Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers:**

Ich versichere / wir versichern, dass die vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind. Mir / uns ist bekannt, dass ich / wir dem Jugendamt des Landkreises Oder-Spree entsprechende Nachweise vorzulegen haben.

**Änderungen In meinen/unseren Verhältnissen, die für die Feststellung des Betreuungsbedarfes erheblich sind, habe/n ich/wir gemäß § 60 SGB I unverzüglich mitzuteilen. Bei Änderungen des Betreuungsbedarfs ist unverzüglich erneut ein Antrag auf Feststellung des Rechtsanspruches auf Tagesbetreuung zu stellen.**

**Mir / uns ist bekannt, dass ich / wir nur eine Tagesbetreuungsform für mein / unser Kind gleichzeitig in Anspruch nehmen kann / können (Tagespflege oder Kindertagesstätte).**

---

Datum, Unterschrift Antragssteller/in

---

Datum, Unterschrift Personensorgeberechtigter  
(nur notwendig wenn Antragsteller nicht gleich Personen-  
sorgeberechtigter ist)

Kind:  
Aktenzeichen: Kita G

Anlage 1

**Bescheinigung zum bedingten Rechtsanspruch zur Vorlage beim Jugendamt**

**durch den Arbeitgeber bzw. Schulungsinstitut auszufüllen (bzw. vom direkten Vorgesetzten)**

<b>Mutter/ Lebenspartnerin/ Pflegemutter:</b> Name, Vorname:
Anschrift:

<b>zutreffendes bitte ankreuzen</b>	<b>Wöchentliche Arbeitszeit einschl. Pausenzeiten</b>
<input type="checkbox"/> Erwerbstätig seit ..... <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis .....	
<input type="checkbox"/> Ausbildung/Fortbildung Zeitraum von ..... bis .....	
<input type="checkbox"/> Häusliche Abwesenheit wegen Erwerbssuche	
<input type="checkbox"/> Selbstständig ( <input type="checkbox"/> Hauptgewerbe <input type="checkbox"/> Nebengewerbe)	

Name und Anschrift des Arbeitgebers/Arbeitsamtes oder Schulungsinstituts	Datum, Unterschrift, Stempel
---	------------------------------

⌘ (bitte abtrennen) ⌘  
Kind:  
Aktenzeichen: Kita G

Anlage 1

**Bescheinigung zum bedingten Rechtsanspruch zur Vorlage beim Jugendamt**

**durch den Arbeitgeber bzw. Schulungsinstitut auszufüllen (bzw. vom direkten Vorgesetzten)**

<b>Vater / Lebenspartner/ Pflegevater:</b> Name, Vorname:
Anschrift:

<b>zutreffendes bitte ankreuzen</b>	<b>Wöchentliche Arbeitszeit einschl. Pausenzeiten</b>
<input type="checkbox"/> Erwerbstätig seit ..... <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis .....	
<input type="checkbox"/> Ausbildung/Fortbildung Zeitraum von ..... bis .....	
<input type="checkbox"/> Häusliche Abwesenheit wegen Erwerbssuche	
<input type="checkbox"/> Selbstständig ( <input type="checkbox"/> Hauptgewerbe <input type="checkbox"/> Nebengewerbe)	

Name und Anschrift des Arbeitgebers/Arbeitsamtes oder Schulungsinstituts	Datum, Unterschrift, Stempel
---	------------------------------